

各種研修・実習生等に際しての事前チェックリスト

記載日 _____ 所属施設 _____ 氏名 _____

※新型コロナワクチン接種歴の有無と接種日に関して、必ず回答をお願いします。
 研修日には、2回目の接種から14日間以上が経過していることを強く推奨します。

新型コロナワクチン接種歴： 有 無

(1回目 月 日 : 2回目 月 日 : 3回目 月 日)

※過去 14 日以内の行動などについて回答をお願いします。

○	該当項目に ○ をつける。いずれも該当しない場合、一番下の()内に○をつける。
	発熱(37.0℃以上)したことがあった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日に _____℃ ②受診(○をつけてください): 有(月 日)、 無 ③②で有の場合、診断名: _____
	呼吸器症状があった(咳嗽、痰、咽頭痛など) あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ②受診(○をつけてください): 有(月 日)、 無 ③②で有の場合、診断名: _____
	味覚、嗅覚異常の出現があった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ② 受診(○をつけてください): 有(月 日)、 無 ③ ②で有の場合、診断名: _____
	COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった (防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触)
	自宅隔離を要請されている同居人がいた
	研修開始日前日より遡って 14 日間以内に、繁華街・カラオケなど、人と密に会話するような飲食店・施設に立ち入ったことがある
	研修開始日前日より遡って 14 日間以内に、同居家族・同居人以外との食事会や懇親会などに参加したことがある。

以下のいずれかに該当する場合は原則として研修は許可しません。

() 下記をすべて確認し、該当項目はありませんでした